

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-648984

82580

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0008392 Société : Ex RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL MDAGHAI Najat

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0664009732 Total des frais engagés : 1539,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Professeur Salwa NADIR
Hépat-Gastro-entérologie
Proctologie médicale et Chirurgicale
Clinique Des Essalam

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL MDAGHAI Najat Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : AFFECTION DIGESTIVE

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes Natures des Actes Nombre et Coefficient Montant détaillé des Honoraires Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

INP : 51018855

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D G
00000000 00000000
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Professeur Salwa Nadir

Spécialiste en Hépatogastroentérologie

D.U. "Hépatites Virales-Cytokines"

Echographie et Endoscopie Digestives

D.U. "Explorations Fonctionnelles Digestives"

D.U. "Maladies Inflammatoires Chroniques de l'Intestin"

Proctologie Médicale et Chirurgicale



الدكتورة سلوى ندير

أستاذة جامعية سابقا بكلية الطب

ومستشفى ابن رشد بالدار البيضاء

أخصائية أمراض الكبد والجهاز الهضمي

التشخيص بالمنظار والصدى

أمراض وجراحة الشرج

Casablanca, le 24/09/2021 في الدار البيضاء،

Mr - Mme : E. Adnane Najar

Faire faire :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Plaquettes | <input type="checkbox"/> Test respiratoire à l'urée marquée |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> Postprandiale | <input checked="" type="checkbox"/> Sérologie de l'Hélicobacter Pylori |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | | <input type="checkbox"/> Ac HVC |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | | <input type="checkbox"/> Ag Hbs |
| <input type="checkbox"/> Créatinine sanguine | | <input type="checkbox"/> Ac anti Hbs |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Ag Hbe |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total | | <input type="checkbox"/> Ac anti Hbe |
| <input type="checkbox"/> HDL - LDL | | <input type="checkbox"/> Ac anti HbC |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | | <input type="checkbox"/> Ig M |
| <input type="checkbox"/> Na ⁺ /K ⁺ sanguins | | <input type="checkbox"/> Ig G |
| <input type="checkbox"/> Na ⁺ /K ⁺ urinaires | | <input type="checkbox"/> Ac VHA |
| <input type="checkbox"/> Calcémie | | <input type="checkbox"/> Ig M |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | | <input type="checkbox"/> Charge virale du VHB |
| <input type="checkbox"/> ASAT - ALAT | | <input type="checkbox"/> Charge virale du VHC |
| <input type="checkbox"/> Gamma GT | | <input type="checkbox"/> Génotypage du VHC |
| <input type="checkbox"/> Bilirubine totale - libre - conjuguée | | <input type="checkbox"/> Fibrotest / Actitest |
| <input type="checkbox"/> Phosphatases alcalines | | <input type="checkbox"/> Fibromax |
| <input type="checkbox"/> Lipasémie | | <input type="checkbox"/> Ac antimitochondries |
| <input checked="" type="checkbox"/> Taux de prothrombine - TCK | | <input type="checkbox"/> Ac antinucléaires |
| <input type="checkbox"/> Facteur V | | <input type="checkbox"/> AC Antimuscule lisse |
| <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines | | <input type="checkbox"/> Ac anti KLM ₁₊₂ |
| <input type="checkbox"/> Albuminémie | | <input type="checkbox"/> Ac antiglutaminases (Ig A) |
| <input type="checkbox"/> THS _{us} | | <input type="checkbox"/> Ac anti SLA |
| <input type="checkbox"/> T3, T4, libres | | <input type="checkbox"/> Examens parasitologiques |
| <input type="checkbox"/> α-foeto-protéines sériques | | <input type="checkbox"/> des selles 3 jours de suite + Coproculture |
| <input checked="" type="checkbox"/> ACE | | <input type="checkbox"/> E.C.B.U |
| <input type="checkbox"/> CA 19-9 | | <input type="checkbox"/> PSA prostatiques |
| | | <input checked="" type="checkbox"/> Recherche de sang dans les selles |
| | | <input type="checkbox"/> Dosage de la calprotectine fécale |
| | | <input type="checkbox"/> Autres : |

En cas d'urgence : 06 61 46 84 96

120, Bd. Moulay Idriss 1er, 4^{ème} étage N°10 - Tél. : 05 22 86 27 86 - Fax : 05 22 86 34 39 - رقم 10، شارع مولاي إدريس الأول، الطابق 4، 120

Clinique Dar Salam, 728, Bd. Modibokeita - Casablanca 20100 - Tél. : 05 22 85 14 14 : الهاتف - شارع مودي بوكيتا، الدار البيضاء - مصحة دار السلام، 728،

E-mail : salwanadir@yahoo.fr - البريد الإلكتروني - Site web : www.pnadirsalwa.com/www.pnadirsalwa.ma : الموقع الإلكتروني

LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biologiste -

120 BD. MOULAY IDRIS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

RC: 247908 Patente: 36350070 CNSS: 2359975 I.F.: 42023870 ICE: 001613460000056 INPE:093000941

Facture 11214

CASABLANCA Le : 24/08/2021

Analyses effectuées le: 24/08/2021

Pour.....: **Mme EL MDAGHRI NAJAT**

Sur prescription du : Dr NADIR SALWA

Code.....: 3DB6313



Organisme.....: **POLYBIO**

Bilan:

TP=B40 TCK=B40 ACE=B250 CA199=B400
HEPY=B250 SANG=B150

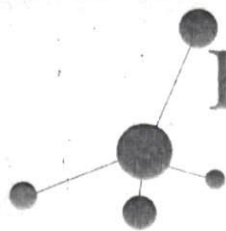
Total : B 1130

Montant Net : 1539.20 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

MILLE CINQ CENT TRENTE NEUF Dhs 20 Cts

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUAKALNA
120, Bd. My. Idress 1er Casablanca
Tel : 05 22 86 01 90
Tel/Fax : 05 22 86 07 84



Polybio

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

مختبر التحليلات الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAOUKALNA, PHARMACIEN BIOLOGISTE, Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 24/08/2021

Référence : 10824148



3DB6313

Patient : **Mme EL MDAGHRI NAJAT**

Médecin: **Dr. NADIR SALWA**

POLYBIO

IMMUNOLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
A C E (Antigène carcino-embryonnaire) : 1.4 (AIA360)		ng/ml	
FUMEURS : < 10.0	ng/ml		
NON FUMEURS : < 7.0	ng/ml		
CA 19 9 (Ag Carbohydate 19-9) : 22.3 (Technique : AIA 360)		U/ml (0-37)	

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine : 100	%	(70 à 100)	
Temps de Céphaline + Activateur			
Témoin : 30	sec		
Patient : 28	sec		

EXAMEN DES SELLES

Détermination quantitative de l'hémoglobine humaine dans les selles

(Technique chromatographie EASY READER+)

Résultat : 25 ng/ml

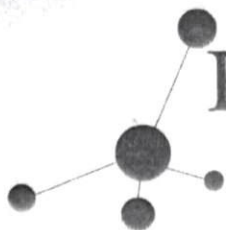
< 100 ng/ml : **Négatif**
100-200 ng/ml : **Positif faible**
> 200 ng/ml : **Positif**

POLYBIO
TAOUKALNA
Casablanca
05 22 86 01 90
05 22 86 07 84

120, bd Moulay Idriss 1^{er}, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84

RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com



Polybio

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

مختبر للتحاليل الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAOUAKALNA. PHARMACIEN BIOLOGISTE. Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 24/08/2021

Référence : 10824148



3DB6313

Patient : **Mme EL MDAGHRI NAJAT**

Médecin: **Dr. NADIR SALWA**

POLYBIO

SEROLOGIE DES INFECTIONS A HELICOBACTER PYLORI (IgG)

Ac anti Helicobacter pylori IgG : Positif

Index : 27

Interprétation

Négatif	< 16
Equivoque	16 à 22
Positif	> 22

LABORATOIRE POLYBIO
DR. AMAL TAOUAKALNA
120, Bd Moulay Idriss 1^{er}, Quartier des hôpitaux, Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84
Fax : 05 22 86 07 84

120, شارع مولاي ادريس الاول - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - فاكس : 05 22 86 07 84 - ب.ت 247908 المصنفا 36350070 ص.و.ض.ح 2359976 ض.ق.م 82.01.24

120, bd Moulay Idriss 1^{er}, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84

RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com